

Bitte zurück an:

**BKK\_DürkoppAdler  
Potsdamer Straße 190  
D-33719 Bielefeld**

Gläubiger-Identifikationsnummer:  
DE04ZZZ00000402932

Mandats-Referenz:  
**WIRD SEPARAT MITGETEILT**

**SEPA-Lastschriftmandat für Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge**  
(Erteilung des Mandats ist optional)

---

Krankenversicherungsnummer

---

Name

---

Anschrift

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die

**BKK\_DürkoppAdler, Potsdamer Straße 190, D-33719 Bielefeld,**

die von mir / uns jeweils zu entrichtenden Beiträge widerruflich bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres Kontos einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der BKK\_DürkoppAdler, Potsdamer Straße 190, D-33719 Bielefeld auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

---

Name des Geldinstitutes

DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_ | \_\_\_\_  
BIC

---

Kontoinhaber (falls nicht mit Zahlungspflichtigem identisch)

- Es sollen alle nach Erteilung des Mandats fällig werdenden Beiträge eingezogen werden.
- Es sollen alle gegenwärtig und künftig fälligen Beitragsforderungen eingezogen werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Schuldners

---

Unterschrift des Kontoinhabers